

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 89

Contribution à l'Etude des

Kystes et des Pseudo Kystes du Pancréas.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mars 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André JAMIN

né à LYON (Rhône), le 2 Mai 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES
ET DES PSEUDO KYSTES DU PANCRÉAS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude des

Kystes et des Pseudo Kystes du Pancréas.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mars 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André JAMIN

né à LYON (Rhône), le 2 Mai 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLÖRENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SAKVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, *président*, M. PATEL, *assesseur*

MM. CADE et SANTY, *agregés*,

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR A. JAMIN

Chef de Clinique d'Accouchement à la Faculté

A MA MÈRE

A MA SŒUR, M^{lle} H. JAMIN

Externe des Hôpitaux

A MON ONCLE, LE DOCTEUR MAZERAN

Médecin consultant à Châtel-Guyon

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CADE

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Lyon.

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la Présidence
de notre thèse.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES ET DES PSEUDO KYSTES DU PANCRÉAS

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse, c'est pour nous un devoir que nous remplissons avec joie d'exprimer notre gratitude à tous ceux qui, durant nos études médicales nous ont prodigué leurs conseils et nous ont fait profiter de leur expérience. Nous tenons à remercier ici tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Notre reconnaissance ira d'abord à M. le Professeur agrégé Cade qui nous a accueilli avec tant de bienveillance dans son service de l'Hôtel-Dieu. Il n'a pas ménagé ses efforts, soit au lit du malade, soit dans ses leçons, pour nous initier, et nous faire comprendre les difficultés de la clinique. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous guidant dans nos recherches et dirigeant nos efforts.

M. le Professeur agrégé M. Durand, chirurgien des Hôpitaux, nous a donné une observation de kyste

néoplasique du pancréas, l'accompagnant de ses conseils éclairés. Qu'il reçoive nos remerciements.

M. le Professeur agrégé Cordier, médecin des Hôpitaux, au lendemain de la guerre, nous a reçu dans son service ; bien que souffrant d'une grave blessure, il tenait à venir tous les jours passer la visite, et nous pouvions alors faire notre profit de son esprit clinique, de ses explications lumineuses ; nous lui exprimons ici notre profonde gratitude.

M. le Docteur Desgouttes, chirurgien des hôpitaux, a mis très obligeamment l'observation d'une malade de son service à notre disposition. Nous tenons à l'en remercier bien vivement.

Notre ingratitude serait grande si nous omettions les maîtres qui, pendant la guerre furent nos chefs, en particulier M. le Professeur agrégé Patel, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, M. le Professeur Gaudier, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Lille, et M. le Professeur agrégé Fiessinger, médecin des Hôpitaux de Paris.

Enfin, nous remercions M. le Docteur Dunet, interne des Hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer l'examen histologique d'une de nos observations, ainsi que notre ami, M. le Docteur Jean Barbier, interne des Hôpitaux.

Que tous ceux qui nous ont aidé et conseillé reçoivent ici l'expression de notre vive reconnaissance.

INTRODUCTION

La question des kystes du pancréas est déjà assez ancienne, puisque dès 1789, il en est fait mention par Morgagni, puis par Chambon de Montaux. Toutefois, ils sont d'observation relativement rare en clinique ; un cas de kyste néoplasique observé par M. Durand à l'Hôtel-Dieu nous donna l'idée de ce travail ; il nous a paru intéressant d'essayer de grouper les éléments permettant de faire un diagnostic souvent très délicat, mais si important pour le traitement et les indications opératoires. Au cours de nos recherches, nous eûmes l'occasion d'observer un nouveau cas de kyste pancréatique à la consultation de M. le Professeur agrégé Cade. Ce cas, diagnostiqué, vérifié sur la table d'opération, par M. le Professeur Bérard, nous a amené à élargir le cadre de ce travail et à étudier les différentes sortes de kystes du pancréas, pseudo-kystes et vrais kystes. Nous laisserons de côté les kystes hydatiques, d'observation très rare et nous ne ferons que mentionner les tumeurs polykystiques.

Nous étudierons donc les divers kystes du pancréas, pseudo-kystes consécutifs soit à une pancréa-

tite hémorragique, soit à un traumatisme, sans paroi propre, et vrais kystes, soit glandulaires, soit néoplasiques, possédant une paroi ayant une individualité histologique véritable. Nous les étudierons au point de vue étiologique, pathogénique, symptomatologique et surtout nous chercherons à éliminer les diverses causes d'erreur, à grouper les divers éléments pouvant mettre le clinicien sur la voie du diagnostic; nous insisterons un peu sur la radioscopie qui, dans un cas, nous a été un précieux auxiliaire. Nous dirons quelques mots du contenu de ces kystes ; nous terminerons enfin par quelques considérations sur le traitement qui est le plus souvent purement chirurgical. Nous verrons le bénéfice que peuvent tirer les malades des interventions pratiquées, et l'avenir qui leur est réservé, le pronostic de l'affection dépendant surtout de la nature histologique de la lésion.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous n'aurons pas la prétention d'énumérer tous les travaux qui ont été faits sur la question des kystes du pancréas. Dès 1830, Bécourt, de Strasbourg leur consacre une thèse. En 1865, ce sont les travaux de Anger, Le Dentu, en 1885, de Senn, en 1891 de Bœckel. En 1891, les travaux d'Hartmann ont mis au point la question des kystes d'origine épithéliale. En 1893, Nimier publie dans la *Revue de Chirurgie* une remarquable étude sur la chirurgie du pancréas, faisant une large place à l'étude des kystes. En 1898, Cade et Jourdanet publient et commentent dans la *Province Médicale* un cas de kyste néoplasique. La question fut discutée longuement au Congrès international de Chirurgie de 1900 où prirent la parole Cecherelli, Mayo Robson, Bœckel, Villar, Soubbotitch.

Au XVIII^e Congrès Français de Chirurgie de 1905, la question est reprise par Villar qui étudie spéciale-

ment les voies d'accès des kystes pancréatiques. Au cours de la discussion, Garré (de Breslau), Lejars, apportent de nouveaux cas opérés par eux. A ce même Congrès, Doyen, Morestin, Vidal, Reboul, apportent également des observations personnelles.

En 1910, Lagoutte en rapporte un cas à la Société de Chirurgie de Lyon ; en 1911, c'est Villard, de Lyon, qui opère avec succès une tumeur polykystique du pancréas.

En 1911, nous trouvons à Paris, la thèse très intéressante de Desvaux de Lyf, sur les fistules pancréatiques, complication fréquente des opérations sur le pancréas. La même année, ce sont les vives discussions à la Société de Chirurgie de Paris, entre Quénu, Potherat, sur la pathogénie et le diagnostic des kystes. Ces discussions provoquent l'apport de nombreux documents et observations de Bazy, Routier, Schwartz, Rochard, Michon, Ombredanne.

En 1912, nous trouvons un travail de Paul Mathieu sur cette question, ainsi qu'une observation de Le Moniet, rapportée par Mauclaire à la Société de Chirurgie de Paris.

A. et P. Bchague publient une revue générale très documentée, en 1914, au sujet d'un cas qu'ils ont observé.

Une nouvelle discussion est provoquée en 1919, à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'une observation de Salva Mercadé et d'un rapport de Lecène. La voie d'accès des kystes est discutée par MM. Delbet, Bazy, Potherat, Routier, Schwartz. La même année, et toujours à la Société de Chirurgie

de Paris, Bazy revient sur la question et verse aux débats deux observations nouvelles, tandis que Bérard discute et commente deux cas de pseudo-kystes.

En 1921, Desplas et Philardeau présentent à la Société de Chirurgie de Paris une observation de vrai kyste glandulaire du pancréas dont l'examen histologique fut fait par M. Letulle. La même année, à la Société de Chirurgie de Lyon, Patel rapporte l'observation d'une pancréatite hémorragique enkystée, opérée avec succès. Santy présente une malade opérée d'un pseudo-kyste volumineux ; l'opération fut complétée par une cholecystectomie.

Enfin, en 1922, nous trouvons une observation inédite et très complète de M. Desgouttes que nous publions.

Il nous reste les deux observations qui font l'objet de notre thèse ; la première, relative à un kyste néoplasique opéré par M. le Professeur agrégé Durand à l'Hôtel-Dieu. La seconde a trait à un pseudo-kyste nécrotique ; c'est une malade du service de M. Cade, opérée par M. le Professeur Bérard, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu. Nous avons cru devoir y joindre l'observation publiée en 1898 par M. Cade, en collaboration avec M. Paul Jourdanet, et provenant du service de M. le Professeur Vallas.

CHAPITRE II

Étiologie.

C'est une maladie de l'âge adulte : chez l'enfant, elle est exceptionnelle ; on peut citer le cas de Gueliot (de Reims) concernant une fillette de huit ans qui présentait une tumeur de la région sus-ombilicale faisant penser à un kyste hydatique du foie. Après laparatomie, on s'est trouvé en présence d'un kyste du pancréas contenant environ un litre et demi de liquide brun rougeâtre ; il avait soulevé l'épiploon gastro-hépatique et adhérait en haut à la face inférieure du foie, à gauche à l'estomac, en bas au colon transverse abaissé.

La femme paraît plus souvent atteinte que l'homme.

Quelle est l'influence du traumatisme dans la formation de ces tumeurs kystiques ? Nous abordons là l'éternelle question du traumatisme dans l'apparition des tumeurs ; évidemment il peut favoriser la formation d'un kyste par rétention en raison de la sclérose et aussi souvent de l'infection légère qu'il provoque. Un certain nombre d'auteurs se sont ralliés

à cette thèse. Bérard et Dunet, en 1920, présentant à la Société de Chirurgie de Lyon un malade atteint de pseudo-kyste pancréatique consécutif à une plaie en scéton de l'abdomen, discutèrent cette origine traumatique. Ce ne seraient que des pseudo-kystes. En outre, beaucoup de collections traumatiques, tout en étant en rapport avec le parenchyme de la glande, ont un développement juxta-pancréatique. Ils ne doivent pas être compris parmi les kystes du pancréas. Nous les éliminerons. Ce sont, à proprement parler, les kystes de l'arrière cavité des épiploons. On a réuni sous cette appellation les lésions les plus diverses par leur origine et leur nature : kystes séreux, épanchements hématiques ou purulents de l'arrière cavité des épiploons, provenant du pancréas, du foie, de débris para-rénaux, de rates surnuméraires ou simplement du péritoine lui-même.

On peut admettre encore parmi les causes pouvant produire les kystes pancréatiques une irritation localisée des conduits pancréatiques tenant à un calcul biliaire enclavé dans la partie la plus inférieure du canal cholédoque ou encore à une formation lithiasique née du pancréas lui-même.

De nombreuses autres causes ont encore été incriminées : tumeurs, ulcères, du duodénum, ulcères du pylore, cancer du pancréas, pancréatite chronique.

En réalité l'étiologie est très confuse. On ne trouve dans les antécédents des malades aucun passé pathologique. Notons toutefois que ce sont fréquemment des individus présentant une lithiasie biliaire. La plupart des malades observés avaient une vésicule conte-

nant des calculs ou avaient un passé lithiasique. Cette lithiasie peut ne donner aucun symptôme, et déterminer pourtant des lésions susceptibles de donner naissance à un kyste du pancréas. La lithiasie biliaire est d'ailleurs beaucoup plus fréquente que la lithiasie pancréatique que l'on ne retrouve que rarement ; Nous verrons au chapitre « Pathogénie », le mécanisme par lequel cette lithiasie biliaire peut arriver à produire des lésions de pancréatite chronique, et ultérieurement un kyste ou plutôt un pseudo-kyste du pancréas. Nous tenions à insister sur ce point particulier ; on ne devra jamais négliger de diriger l'interrogatoire et l'examen du malade dans ce sens.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Nulle question n'a été plus discutée que celle-ci. Toutes les hypothèses ont été émises et combattues, donnant lieu à de vives controverses. La question a été longuement étudiée à la Société de Chirurgie de Paris, en 1911. Tout d'abord, comment agit le traumatisme ? En ouvrant les vaisseaux, produisant ainsi une hémorragie et en sectionnant les canalicules glandulaires, d'où collection de suc pancréatique.

Mais il n'y a pas que des kystes hémorragiques, et comment expliquer la formation des kystes glandulaires, qui d'ailleurs peuvent, par la suite, devenir hémorragiques ?

Certains auteurs ont admis la possibilité de formation d'un kyste par simple rétention due à une sclérose canaliculaire. On a invoqué l'oblitération d'une branche du canal de Wirsung ou de Santorini par une concrétion calculeuse. Potherat cite des observations dans lesquelles il est impossible d'expliquer autrement la pathogénie ; on ne trouvait pas de tissu nécrosé

dans le liquide du kyste, pas de formations épithéliales ; simplement une sclérose canaliculaire intense. C'est la théorie de Kôrte et de Virchow qui compareraient ces kystes à la grenouillette sublinguale.

Cette théorie va à l'encontre de l'expérimentation. Arnozan et Vaillard qui ont pratiqué chez l'animal la ligature du canal de Wirsung n'ont jamais pu obtenir la formation de kystes du pancréas et n'ont constaté que des nécroses et des atrophies glandulaires. Les partisans de cette théorie soutiennent que chez l'homme, cette obstruction se fait non pas brusquement, mais progressivement, que cette rétention s'accompagne d'inflammation, de sclérose, qui, enserrant les canaux sécréteurs, favorisent la gêne à l'excrétion et la production du kyste.

Garré, au Congrès de 1905, soutenait que l'étiologie et la pathogénie des kystes se trouvaient en rapport étroit avec les nécroses partielles du pancréas, que cette nécrose soit produite par infarctus ou par infection secondaire ; ce qui semblerait en faveur de cette hypothèse, ce serait la fréquence assez grande de fragments pancréatiques dans les kystes.

De même Rudolph Gobell soutint que la majeure partie des kystes dits glandulaires du pancréas, ne sont, au même titre que les kystes dits traumatiques, que des pseudo-kystes sans revêtement épithélial et qu'ils sont dus à l'accumulation de liquide pancréatique à la faveur d'un foyer de nécrose.

D'après Quénu, dans la majorité des cas, le point de départ des kystes est la formation d'un foyer de nécrose qui ulcère et détruit un certain nombre de

canalicules ; puis ceux-ci déversent dans la cavité ainsi formée le produit de la sécrétion pancréatique. Il en résulte un double processus de distension et de digestion des parois, un agrandissement progressif de la cavité et la formation d'un grand kyste. Dans un cas de M. Quénu, l'examen des parois du kyste n'a montré aucun revêtement épithélial.

C'est, semble-t-il, la pathogénie que l'on peut invoquer dans notre observation II où le fond de la poche était occupé par un tissu pancréatique nécrosé sur une étendue de deux centimètres carrés. L'examen histologique n'a montré aucune trace de néoformation.

Ces kystes seraient donc la conséquence d'une pancréatite antérieure. Comment se produirait cette pancréatite ? L'action du suc pancréatique dans le pancréas est nulle à l'état normal. Pour qu'il acquière une action digestive, il est nécessaire qu'il soit mélangé à du suc duodénal, contenant de l'entérokinase et de la bile. Ce suc peut difficilement remonter le canal de Wirsung. Mais, sous l'influence d'un spasme du sphincter d'Oddi ou d'un calcul de l'ampoule de Vater, le suc duodénal peut refluer et produire alors une pancréatite. En effet, expérimentalement, Brocq et Morel ont montré qu'on déterminait une pancréatite hémorragique chez l'animal en injectant de la bile dans le canal pancréatique d'un chien en état de digestion ; on a alors une auto-digestion de la glande avec suffusions sanguines et apparition de taches de stéato-nécrose. Le sang et le liquide résultant de cet autolysat pancréatique, en s'enkystant, forment le pseudo-kyste.

Mais alors apparaît une nouvelle théorie défendue pour la première fois en France par Hartmann, en 1891 ; c'est la théorie épithéliale. Pour cet auteur, les kystes seraient des formations épithéliales depuis l'épithélioma plus bénin jusqu'au néoplasme, véritables tumeurs capables de se propager à distance : Ces kystes du pancréas seraient analogues aux kystes de l'ovaire et l'on aurait toutes les transitions entre l'adénome kystique et le cysto-épithéliome.

Carnot a écrit que dans la grande majorité des cas, les kystes du pancréas dérivent d'une prolifération épithéliale à allure spéciale et que leur pathogénie est celle de tous les adénomes et de tous les épithéliomas. Cette opinion paraît exagérée et la pancréatite, avec ou sans nécrose peut amener la formation de kystes.

Carnot faisait encore remarquer que le point de départ est dû le plus souvent à la prolifération des cellules canaliculaires.

Bruno Hippel, dans sa thèse de Greifswald (1908) donne une classification de ces différentes formes : si la tendance proliférative est limitée aux canaux excréteurs, on a un cystome : le tissu conjonctif se développe juste en proportion de l'épithélium ; que la participation du tissu conjonctif devienne plus active et on aura un cystome papillaire ; si l'épithélium glandulaire vient à entrer en jeu, on aura un cysto-adénome.

Nous trouvons des observations de ces kystes néoplasiques. Cade et Jourdanet, dans la *Province Médicale* de 1898, en publient une étude au sujet d'un cas

de carcinome qui, au cours de son évolution, a vu se développer à son intérieur une volumineuse cavité kystique. Notons également les observations de Kijewski en 1918, de Bazy, de Schwartz, d'Ombredanne.

L'observation I (Docteur Durand) nous montre également un cas de kyste néoplasique.

Poncet et Dor insistent sur la possibilité d'adénomes fœtaux et Paul Carnot remarque que le point de départ est dû, le plus souvent, à la prolifération des cellules canaliculaires. C'est le cas récemment étudié par Letulle et où le point de départ était un canalicule aberrant.

Enfin, Paviot admet comme origine de certains kystes, la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Cette cause est des plus rares.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique.

Nous aurons en vue dans ce chapitre beaucoup plus le développement de ces kystes dans la cavité abdominale, leurs rapports avec les organes voisins que leur structure propre. D'ailleurs, cette dernière question a déjà été étudiée à propos de la pathogénie. Il sera inutile d'y revenir longuement.

L'aspect macroscopique est évidemment très variable suivant la nature du kyste à laquelle on a affaire. On peut se trouver en présence d'un grand nombre de petits kystes, constituant ainsi une véritable maladie kystique ; ou bien, au contraire, un kyste unique, de grande taille, pouvant contenir jusqu'à un litre et demi ou deux litres de liquide. S'il s'agit d'un pseudo-kyste, comme nous en publions deux observations typiques (observations II et III), la collection née du pancréas n'aura pas de paroi individualisée. Ce sera un tissu d'adhérences plus ou moins bien organisé, plus ou moins fibreux, suivant que le foyer sera plus ancien. Les organes voisins, estomac, cholédoque,

intestin, vaisseaux, pourront contribuer à limiter la cavité. C'est cette paroi qui nous permettra de différencier les différents kystes ; c'est par l'existence ou au contraire par l'absence de cette paroi que nous ferons le diagnostic anatomique. Pseudo-kyste, si cette paroi est formée de tissu conjonctif ; kyste vrai dès qu'il y a des éléments cellulaires pouvant faire reconnaître un épithélium de revêtement. en dehors de toute néoformation. Distinction capitale qu'il convenait de préciser ; ce sont le plus souvent des pseudo-kystes que l'on a l'occasion d'observer.

Extérieurement, ces grands kystes ont une forme arrondie, leur paroi externe est lisse, fibreuse, blanchâtre. Intérieurement au contraire, elle est tourmentée, présentant des irrégularités, parcourue par des colonnes ; on y voit des gros vaisseaux sanguins expliquant ainsi la formation d'hémorragies intrakystiques.

Ils contiennent un liquide séreux, clair ou au contraire brunâtre, franchement hématique. On y trouve de l'albumine, des para-albumines, de l'urée, des chlorures. Dans le cas de M. Desgouttes (observation III), le liquide était constitué en majeure partie par du sang altéré contenant des hématies, des globules blancs, des pigments sanguins, des matières albuminoïdes.

En outre, on y décèle fréquemment les principes constitutifs du suc pancréatique. Nous signalerons à ce propos l'observation de M. Le Moniet, rapportée par Mauclaire, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1912, et surtout celle de M. Santy. Ce dernier auteur opéra

une femme de 52 ans atteinte de kyste du pancréas. Après marsupialisation de la poche kystique, il termina l'opération par une cholécystectomie, laissant un drain dans la poche pancréatique, un autre dans la poche sous-séreuse produite par l'ablation de la vésicule. Pendant quelques jours, il y eut un écoulement assez abondant de bile par le drain hépatique et de liquide pancréatique par l'autre drain. Chacun de ces liquides était inactif isolément, et au contraire on obtenait, par leur mélange d'énergiques propriétés digestives.

Ces faits, facilement explicables, permettent de comprendre que les cas de digestion de la paroi à la suite de fistules pancréatiques soient exceptionnels.

Beaucoup plus importante au point de vue du diagnostic et du traitement est l'étude de la situation topographique des kystes du pancréas, de leur développement.

Le pancréas étant plaqué par le péritoine contre la colonne vertébrale, les tumeurs ne peuvent se développer qu'en avant. Très rares sont les cas de kystes ayant évolué en arrière, et on peut citer le cas que Vidal (d'Arras) présenta au Congrès de Chirurgie de 1905. C'était un kyste glandulaire énorme, pointant en arrière dans le X^e espace intercostal et qui fut opéré par voie transpleurale. Ce sont là des faits exceptionnels. Que les kystes soient situés sur la tête, le corps ou la queue de l'organe, qu'ils soient pédiculés ou largement implantés à leur base, ils ne peuvent se développer qu'en refoulant les organes abdomi-

naux. Comment vont-ils se comporter vis-à-vis d'eux ? C'est ce qu'il est intéressant d'étudier.

Voyons très schématiquement les différents organes abdominaux qui nous cachent le pancréas et que par conséquent les kystes auront à refouler pour se développer.

Nous trouvons le foie, l'épiploon gastro-hépatique, l'estomac, l'épiploon gastro-colique et enfin le colon transverse, fixé à la paroi abdominale postérieure par le méso-colon transverse.

Cette configuration permet de nous représenter aisément les trois positions principales des kystes du pancréas.

Dans la position haute, le kyste faisant saillie dans l'arrière cavité des épiploons, soulève l'épiploon gastro-hépatique, s'insinuant entre la face inférieure du foie en haut et la petite courbure de l'estomac en bas. Cette forme est la plus rare. C'est le cas de l'observation de Cade et Jourdanet (1898), de Lagoutte (1910), de Quénu (1911), plus récemment de Santy (1920), et de Cade et Bérard (observation II).

D'autres fois le kyste occupe une position moyenne ; passant alors entre l'estomac et le colon transverse, il refoule en avant de lui l'épiploon gastro-colique. Le kyste n'est plus alors séparé de la paroi que par le ligament gastro-colique. C'est la position la plus fréquente.

Quelquefois on observe un dédoublement du méso-colon transverse: Ce colon se trouvant alors soit à la partie moyenne, soit à la partie supérieure de la

tumeur, suivant que les deux feuillets ont été inégalement dépliés.

Enfin, dans sa forme la plus basse, le kyste envahit la grande cavité péritonéale au-dessous du méso-colon transverse qu'il décolle et refoule en avant. Cette situation est assez rare.

Signalons encore une observation de Quénu où le kyste faisait saillie à droite de la deuxième portion du duodénum. Cette situation est tout à fait exceptionnelle.

Quand nous aurons ajouté les connexions que peuvent présenter les kystes avec le cholédoque et en arrière avec les gros vaisseaux, nous aurons une idée de la difficulté que l'on peut avoir pour faire le diagnostic de ces tumeurs ; symptômes très différents suivant que le kyste est pédiculé ou non pédiculé, attendant à la tête, au corps ou à la queue du pancréas, suivant qu'il est développé entre l'estomac et le foie, ou entre l'estomac et le colon, ou entre le colon et l'intestin grêle. De même, la formation d'une tumeur souvent volumineuse dans l'arrière cavité des épiploons, les lésions d'une glande aussi importante au point de vue vital que le pancréas, doivent entraîner de graves désordres. C'est ce que nous allons voir en étudiant les symptômes des kystes du pancréas.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Elle est extrêmement variable. Si, à la période d'état, alors que la maladie est constituée, il est possible de réunir un certain nombre de symptômes à peu près constants, le début, au contraire peut différer considérablement suivant la nature du kyste.

Il est évident qu'un kyste traumatique n'aura pas un début analogue à un kyste glandulaire. Un individu reçoit un traumatisme dans la région épigastrique. Il peut survenir une syncope, le pouls est petit, rapide, la tension est basse, les vomissements sont fréquents. La paroi abdominale est contracturée, sa palpation est douloureuse. C'est le tableau du shock. Puis tout se calme, et alors apparaît un intervalle libre pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines. La tumeur épigastrique apparaît, augmente progressivement de volume, le blessé recommence à souffrir, peut présenter des névralgies coeliaques, des vomissements, de l'ictère.

Tout différent est le début de l'affection lorsque le

traumatisme ne peut être mis en cause. Le début peut être insidieux ; le malade peut être un dyspeptique ancien, présentant ou non quelques douleurs épigastriques ; il voit apparaître dans la région sus-ombilicale une tuméfaction qui l'amène à aller consulter un médecin.

Si le kyste au contraire, succède à un foyer de nécrose du pancréas, le début est brutal. Brusquement, en pleine santé, le malade est pris d'une crise très douloureuse dans la région épigastrique ; cette crise est accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le malade est angoissé, la respiration est gênée ; la douleur irradie dans la région lombaire. Cette crise peut s'accompagner d'ictère, et d'ailleurs ces malades présentent souvent un passé hépatique. Il y a rarement de la fièvre. Pourtant la malade de M. Desgouttes (observation III), présentait une température allant de 38°5 à 39°5. L'intensité de ces crises est variable. Delbet cite le cas d'un homme qui travaillait dans son cabinet, lorsqu'il fut foudroyé par une douleur qui le fit tomber à terre et bien qu'il n'ait pas perdu connaissance, l'intensité de la douleur fut telle que pendant deux heures il ne put faire les quelques pas nécessaires pour aller presser un bouton électrique et appeler quelqu'un à son secours. C'est le véritable drame pancréatique de Dieulafoy.

Ces crises, de durée variable, en général trois ou quatre jours, ne sont calmées que par la morphine.

L'ictère peut cesser avec la crise ; quelquefois les matières sont décolorées.

Ces crises se répètent à intervalles plus ou moins

rapprochés ; les vomissements ne sont pas en rapport avec les repas.

L'amaigrissement est marqué : une dizaine de kilos en quelques semaines ; une tumeur est apparue dans la région épigastrique ; la maladie est arrivée à sa période d'état.

Le symptôme capital est alors la tumeur. Celle-ci peut avoir un siège variable, tantôt médiane, sus-ombilicale, tantôt dans l'hypochondre gauche ou sous-ombilicale, suivant qu'elle est implantée au niveau de la tête, du corps ou de la queue du pancréas. Son volume est variable ; en général elle a la grosseur d'une tête fœtale, mais elle peut être très volumineuse pouvant simuler l'ascite. Ce volume, d'ailleurs, n'est pas toujours constant. C'est ainsi que dans l'observation II, la tumeur n'était pas aussi grosse, ou ne paraissait pas aussi grosse au bout de quelques jours que lors de l'entrée de la malade dans le service. Ces variations de volume ne sont qu'apparentes et paraissent tenir plus à l'état des organes voisins, estomac ou intestin, qu'à la tumeur elle-même.

Les bords de la tumeur sont en général arrondis et peuvent souvent être assez difficilement limités. On observe rarement des déformations des parois thoraciques.

La tumeur est peu mobile, suivant peu les mouvements de la respiration, pouvant transmettre les battements de l'aorte, mais sans être expansible ; on peut percevoir un contact lombaire, et même, comme dans l'observation n° 1, un frémissement rappelant tout à fait le frémissement hydatique.

La palpation montre en général de la rénitence plutôt que de la fluctuation; cette palpation est souvent douloureuse; la tumeur provoque d'ailleurs spontanément des douleurs profondes. Gosset a dit que de tous les kystes abdominaux, les kystes du pancréas étaient les plus douloureux.

La percussion donne des résultats différents suivant le siège de cette tumeur; si on a affaire à un kyste de situation haute, sa matité sera limitée en bas par la sonorité de l'estomac, en haut, elle se confondra avec la matité hépatique. Si le kyste est en situation moyenne, il sera entouré de deux zones sonores, l'estomac en haut, le colon en bas. Enfin il est rare que l'on puisse trouver la figure schématique de la situation basse, sonorité du colon et sonorité de l'intestin grêle.

Il est très rare que l'on trouve des signes d'insuffisance pancréatique; il suffit d'une très petite fraction de la glande pour que l'action du suc pancréatique se fasse sentir. Patel a pu enlever la presque totalité du pancréas sans qu'il en résultât de trouble: le malade même engraissait! La glycosurie, la stéarrhée sont loin d'être des signes constants. Seul l'amaigrissement est assez souvent observé.

Le Dentu signale un gargouillement intestinal perçu par le palper au-devant de la tumeur. Mais c'est là un symptôme rare. On peut voir la coloration bronzée des téguments.

La ponction est dangereuse; on risquerait de blesser des organes importants; elle serait faite au centre de la zone de matité.

On pratiquera la radioscopie, après insufflation de

l'estomac ou du colon. Ces organes distendus, recouvriront partiellement ou totalement la tumeur, dont la matité disparaîtra, et sera remplacée par la sonorité. Il sera préférable de faire ingérer au malade une bouillie barytée. On verra alors l'estomac refoulé par la masse kystique; il se trouvera soit au-dessus, soit au-dessous d'elle. Il en épousera les formes. On notera le passage par le pylore de la bouillie. Dans notre observation II, l'estomac avait la forme d'un croissant entourant le kyste en bas et à gauche.

Un examen plus tardif sous l'écran permettra également de voir des déformations correspondantes du colon transverse refoulé par la masse kystique. Cet examen précieux pour le diagnostic de la nature de la tumeur abdominale, permettra en outre, bien mieux que la simple percussion, de connaître la position du kyste par rapport au foie, à l'estomac ou à l'intestin.

Signalons encore que les kystes peuvent amener des troubles de compression de la veine porte, de la veine cave, du diaphragme, de l'intestin, du cholédoque, d'où possibilité d'ascite, d'œdème des membres inférieurs, de dyspnée, d'ictère, d'occlusion intestinale. Dans notre observation II, il avait existé des phénomènes occlusifs.

Mais tous ces symptômes sont inconstants ou ne se présentent pas nettement. Beaucoup peuvent manquer. Le clinicien hésitera longtemps et les erreurs de diagnostic seront fréquentes. Nous allons étudier les diverses affections qui peuvent simuler le kyste du pancréas et les signes qui permettront de les éliminer.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Il est donc très délicat d'affirmer la présence d'un kyste du pancréas ; s'agit-il d'un kyste traumatique ? La notion du traumatisme et de l'intervalle libre entre celui-ci et l'affection de la tumeur épigastrique pourront mettre sur la voie.

Pour le kyste ayant son origine dans une nécrose du pancréas, le début brusque, brutal, la tumeur qui apparaît quelques temps après, retiendront l'attention. Mais pour le kyste glandulaire, alors que la tumeur se développe lentement, insidieusement, alors que le malade vient consulter lorsque la maladie est à sa période d'état, la tâche est très ardue.

La notion de lithiasé biliaire est, nous l'avons vu, un élément de diagnostic de tout premier ordre et devra être recherchée avec soin. Puis, comme signes importants, nous avons l'amaigrissement qui peut être rapide et considérable ; il devra toujours faire penser à une lésion ayant son origine dans le pancréas. On surveillera les vomissements fréquemment observés ;

la douleur profonde, sourde, produite le plus souvent par l'irritation du plexus cœliaque ou sa compression, obligeant quelquefois le malade à marcher plié en deux.

La tumeur, mate, entourée de deux zones de sonorité, lorsque le kyste ne siège pas en position haute, est un excellent signe. Enfin la ponction, rarement pratiquée ; on comprend en effet quelles hésitations peuvent naître en présence des dangers que peut faire courir au malade le moindre incident.

La radio peut être très utile, et les constatations qu'elle permet, sans autoriser à affirmer un kyste du pancréas seront susceptibles d'orienter le diagnostic dans la bonne voie.

Et à côté de cela, que d'erreurs possibles, soit avec des tumeurs intrapéritonéales, soit rétropéritonéales, soit encore avec d'autres lésions du pancréas.

Éliminons tout d'abord les tumeurs de la paroi ; et pourtant, un kyste néoplastique évoluant depuis longtemps peut prêter à confusion. Dans l'observation de Cade et Jourdanet, la tumeur pancréatique était immobilisée par la contraction des muscles abdominaux.

Mais le diagnostic le plus difficile est celui qui doit être fait avec les kystes hydatiques du foie. C'est l'erreur faite le plus souvent. Dans la majorité des observations, l'indication portée pour le traitement opératoire est : kyste hydatique du foie. La matité est la même, la tumeur se développe sous les fausses côtes la fréquence plus grande de l'affection hépatique fait que l'esprit est nécessairement orienté vers

elle. L'erreur est à peu près fatale. Quénu et Chauffard même après étude très approfondie d'un malade, l'ont commise. Dans l'observation I, la tumeur présentait un frémissement de type hydatique très net, dû à un épanchement sanguin.

Les kystes pancréatiques ne produisent pas de déformations thoraciques aussi étendues que les kystes du foie ; de même, comme disait Trelat, les kystes hydatiques en évolution ne sont jamais fluctuants ; il est vrai qu'ils peuvent le devenir lorsque les hydatides sont mortes. Les phénomènes douloureux sont en faveur d'une origine pancréatique.

La réaction de Weinberg n'est pas constante au cours des kystes hydatiques ; Quénu cite deux cas où il a observé cette réaction négative. L'éosinophilie n'est également pas constante. D'ailleurs, n'importe quel ver intestinal peut produire de l'éosinophilie, et certaines tumeurs comme les sarcomes du mésentère peuvent s'accompagner de ce signe.

Enfin, les kystes hydatiques s'accompagnent fréquemment d'urticaire, ce que l'on n'observe pas dans les maladies du pancréas.

L'ictère peut être produit par simple compression du choledoque, et il ne faut pas l'interpréter en faveur d'une origine hépatique.

On éliminera par les anamnétiques et leur évolution les autres affections du foie.

Le diagnostic peut se poser également avec les kystes de l'ovaire ; dans les kystes pancréatiques volumineux, pédiculés, descendant dans la cavité abdominale, l'erreur peut être commise ; il faudra pratiquer

le toucher vaginal qui montrera l'intégrité des organes génitaux ; on pratiquera également la manœuvre d'Hartmann : en plaçant la malade en position de Trepdelenbourg, si on a affaire à une tumeur de la partie supérieure de l'abdomen, elle aura une tendance à remonter, se rapprochant de l'organe qui lui aura donné naissance ; si, au contraire, elle provient de l'étage inférieur, elle ne se déplacera pas ou peu. De plus, la femme déclare que la tumeur s'est développée de bas en haut.

Le diagnostic avec les kystes de la rate est très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de kystes de la queue du pancréas ; pourtant, les tumeurs de la rate sont plus cachées sous le rebord des fausses côtes, et présentent, grâce aux incisures, une forme caractéristique.

Il faudra éliminer également les tumeurs gastriques ; ces malades présentent en général une cachexie plus marquée, et là, la radio qui devra être pratiquée, donnera des renseignements de haute valeur.

Une erreur plus rare est celle qui consiste à confondre un kyste très volumineux, à parois minces, avec une ascite. C'est le cas de Sydney Phillips.

La douleur a pu faire faire des erreurs par sa diversité ; douleur de colique hépatique, de colique néphrétique. Morestin, au congrès de chirurgie de 1905 a signalé un cas où on avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Une tumeur du côlon pourra, par la radiographie, être éliminée, de même un cancer du pylore.

Parmi les affections rétro-péritonéales, signalons les kystes du mésentère. Chavannaz et Guyot, dans le

chapitre des maladies du pancréas, de la rate et du mésentère du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, signalent qu'à volume égal les kystes du mésentère conservent en avant d'eux une zone de sonorité plus considérable que les kystes pancréatiques. Ce sont là, on en conviendra, des caractères de différenciation bien subtils.

Les tumeurs du rein, et spécialement l'hydronéphrose seront éliminées par le cathétérisme des uretères et il y aura en outre des troubles urinaires.

Quant aux kystes des capsules surrénales, le diagnostic est impossible ; nous lisons, dans la Revue de chirurgie de 1905, que Terrier et Lecène ont pu en opérer un, le prendre pendant toute l'opération pour un kyste du pancréas et n'en faire le diagnostic que par l'examen histologique.

Passons rapidement sur les ectasies de l'aorte. La nature particulière de la poche anévrysmale, son expansion, sa fixité, les troubles fonctionnels et généraux, permettront de les éliminer rapidement.

Il nous reste à voir les affections propres au pancréas, le cancer, qui, en général, ne donne pas de tumeur nettement perceptible, la lithiase du pancréas qui s'accompagne de fièvre du type intermittent, d'ictère variable, exceptionnellement la tuberculose du pancréas et pancréatite gommeuse.

Après de longues recherches, beaucoup de tâtonnements, lorsqu'on est arrivé à poser le diagnostic de kyste du pancréas, il restera à faire le diagnostic de la nature du kyste. Là, le problème est presque insoluble. Seule la laparotomie, puis la biopsie pourront

donner des renseignements. On pourra soupçonner le pseudo-kyste par les antécédents lithiasiques ou par la crise douloureuse de la pancréatite avec nécrose.

On voit par là combien est difficile la tâche du clinicien ; le plus souvent, le diagnostic n'est pas fait si les circonstances n'orientent pas vers lui. Le kyste du pancréas est en général découvert au cours d'une laparotomie exploratrice.

CHAPITRE VII

Evolution et Pronostic.

Les kystes du pancréas ont en général une évolution lente. Certaines observations ont trait à des malades porteurs d'un kyste depuis vingt ans. Si les kystes traumatiques peuvent augmenter rapidement de volume, amener une cachexie progressive qui entraînera la mort du malade en peu de temps, ces faits sont assez rares.

La rupture est possible dans l'intestin, le péritoine, donnant des accidents mortels. On peut observer la transformation cancéreuse amenant alors la mort dans la cachexie. Cette transformation se reconnaîtra aux douleurs qui deviennent de plus en plus intenses, aux troubles gastriques qui s'accroissent et à l'accroissement de volume de la tumeur.

Parmi les autres modifications du kyste, nous signalerons encore la suppuration et les poussées hémorragiques. Cette dernière complication due à la rupture des vaisseaux qui tapissent leur paroi interne, explique les variations fréquentes de volume observées au

cours de l'évolution des kystes du pancréas. Le plus souvent et surtout lorsqu'il s'agit d'un kyste glandulaire, la maladie évolue par poussées successives. Le malade, en présence d'une tumeur qui grossit, de son amaigrissement se décide à aller consulter.

Très sombre est le pronostic du kyste néoplasique. L'impossibilité où l'on se trouve d'en pratiquer l'extirpation totale fait que ces malades ne tardent pas à succomber, soit à la cachexie, soit à des généralisations.

Quant aux kystes et aux pseudo-kystes, ils guérissent d'autant mieux qu'ils sont opérés plus tôt. Il est évident que l'intervention sera plus grave si on opère alors que l'amaigrissement est déjà très prononcé ou que l'on a des phénomènes de déficience pancréatique.

Lorsqu'on opère dans de bonnes conditions, la plupart des malades guérissent.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Grâce à l'asepsie, la question du traitement ne se discute plus à l'heure actuelle : c'est le traitement chirurgical ; le traitement médical, purement symptomatique, n'aboutit à rien.

Il n'en fut pas toujours de même : en 1865, Le Dentu conseillait l'abstention. Il est vrai qu'à ce moment, la thérapeutique consistait à produire des adhérences par application de caustiques sur l'abdomen, c'est le procédé de Récamier il donnait des désastres ; Le Dentu, dans le Bulletin de la Société anatomique de 1865, cite le cas d'un homme de 26 ans à qui il avait fait cinq applications de potasse caustique à des intervalles de deux ou trois jours, puis il ponctionna au fond de l'escharre ; il observa immédiatement de la douleur, de l'angoisse et le malade mourut au bout de deux jours de péritonite ; l'estomac avait été ouvert par la cautérisation. On comprend l'abstention de pareils résultats.

Ce n'est qu'en 1880 que Péan entrevit la possibilité

d'une intervention qui fut préconisée en 1887, 1891, par Nimier, puis par Bœckel.

Actuellement, on ne doit plus hésiter pour pratiquer la laparotomie. C'est alors qu'on se trouve en présence de différents procédés.

Tout d'abord, quelle voie choisir ? Voie abdominale ou voie lombaire ?

Au premier abord, la voie lombaire est assez séduisante ; elle a été utilisée par Delbet, Siraud. En cas de suppuration, le drainage est plus efficace, se faisant au point déclive.

Hartmann, Nimier, Korte avaient proposé une contr'ouverture lombaire après marsupialisation.

Pierre Delbet conseille une incision lombaire très oblique comme pour la néphrectomie, en décollant le côlon et en passant devant le rein ; on arrive ainsi sur la queue et même sur le corps du pancréas.

Bazy et Potherat ont employé la voie lombaire. Pourtant Bazy préfère la voie antérieure. D'après lui, il faut aborder les kystes suivant la voie par laquelle ils paraissent le plus accessibles.

On incisera au point le plus saillant ; après ouverture de la peau, la conduite à tenir variera suivant le siège de la tumeur. Si elle apparaît sous le foie, on effondrera le petit épiploon ; si elle siège entre l'estomac et le côlon, il faut passer à travers l'épiploon gastro-colique ; si enfin elle siège sous le côlon, on relèvera son méso.

Mais on peut avoir quelques difficultés résultant de la présence du pédicule splénique ; Ombredanne cite

un cas dans lequel il eut beaucoup de peine à lier les veines et l'artère spléniques.

On se trouve alors en présence du kyste. Plusieurs solutions se présentent : extirpation ou marsupialisation.

L'extirpation semble évidemment être la solution la plus logique ; elle est le plus souvent impossible. S'il s'agit de pseudo-kystes, ou faux kystes, sans paroi individualisée, on risque de léser les organes voisins qui seuls délimitent la tumeur. Si le kyste est néoplasique, l'impossibilité où l'on se trouve d'extirper le pancréas dans sa presque totalité fera reculer le chirurgien. C'est pourtant le seul cas où l'extirpation totale serait désirable.

Dans la plupart des cas, on se contentera de la marsupialisation ; après évacuation du kyste par ponction, dissection des parois le plus soigneusement possible, on abouchera à la plaie cutanée et on placera un gros drain.

On complétera l'opération par une exploration de la vésicule biliaire.

L'extirpation partielle n'est pas à conseiller, mais il arrive très fréquemment que ce soit l'opération pratiquée, d'ailleurs involontairement ; il est difficile de se rendre compte immédiatement si la dissection sera possible ; ce n'est que devant les difficultés opératoires que l'on se résigne à la marsupialisation.

Les suites opératoires sont en général simples ; une fistule pancréatique s'établit qui peut durer assez longtemps, quatre à six mois ; le liquide qui s'écoule possède les qualités du suc pancréatique, mais on

n'observe pas de digestion de la paroi, puisque, nous l'avons vu, le suc pancréatique ne peut être activé que par adjonction de bile et de suc duodéal. Ces fistules se ferment en général spontanément ; pourtant quelques-unes, pour des raisons inconnues, persistent indéfiniment. Il faut agir alors directement contre elles, soit par des cautérisations, soit par une nouvelle intervention ; on disséquera le trajet fistuleux et on l'abouchera soit dans l'estomac, soit dans le duodénum. Ombredanne avait préconisé l'abouchement immédiat du kyste dans l'estomac, mais Quénu ne le suit pas dans cette voie. D'ailleurs, on devra auparavant essayer les traitements médicaux et les méthodes agissant sur la sécrétion pancréatique : méthode des injections atrophiantes (Cl. Bernard) et surtout régime antidiabétique de Wohlgemuth.

La guérison est la règle, sauf accidents opératoires impossibles à prévoir ; on peut dire que 90 à 97 % des malades guérissent. Il est évident que le pronostic n'est pas le même pour un kyste glandulaire et pour un kyste néoplasique ; pour les premiers, la guérison est en général définitive ; pour les seconds, surtout si l'extirpation a été impossible, les malades ne tardent pas à succomber aux progrès de la cachexie cancéreuse.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur M. DURAND)

Kyste néoplasique du pancréas

V... Antony, 67 ans. Entré salle Sainte-Marthe (Hôtel-Dieu), le 10 avril 1922.

Le malade vient pour un gros ventre et des troubles digestifs.

Début de l'affection il y a environ deux mois; le malade s'est aperçu que son ventre grossissait, et il a trouvé une tumeur dans la moitié droite. Augmentation de volume progressive.

A l'entrée : Grosse tumeur abdominale à droite, tenant au foie. Pas de sonorité colique antérieure. La tumeur tient presque tout l'abdomen. On ne retrouve la sonorité intestinale qu'au niveau du pubis et dans le flanc gauche. A la palpation, on sent un frémissement très net, rappelant tout à fait le frémissement hydatique.

Bon état général; le malade n'a pas maigri. Il se plaint de diarrhée nocturne; on ne retrouve pas d'urticaire dans les antécédents.

D'autre part, on note de l'adénopathie cervicale et sous-maxillaire droite; on ne voit rien dans la bouche; on note

seulement un peu d'épaississement de la gencive au niveau du sinus maxillaire droit.

Intervention le 13 avril.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale prolongée assez loin en bas. On tombe sur une masse volumineuse, grisâtre, irrégulière, avec des nodules ayant un peu l'apparence de noyaux néoplasiques, mais pouvant plutôt être assimilés à des taches larges de stéatonecrose. Un même revêtement épiploïque recouvre cette énorme masse qui n'est évidemment pas un kyste hydatique. On l'exteriorise ; elle se crève à un moment donnant issue à une substance demi-solide ressemblant exactement au contenu d'une hématocele vaginale. Elle est contenue dans une poche mince et friable ; on voit que cette masse adhère :

1° A la vésicule, qui est étalée sur elle sous forme d'un large boyau ;

2° A la face inférieure du foie, en dedans de la vésicule, à la grande courbure de l'estomac, sur 10 cm. environ ; le pyllore paraît fixé en arrière de la masse et au-dessus d'elle, derrière l'adhérence hépatique.

3° En bas enfin, au côlon transverse. Le meso-côlon, dans sa moitié droite est recouvert par la masse.

Le grand epiploon s'étale, comme on a vu, au-devant de la tumeur et son feuillet postérieur s'infiltré entre la masse et le méso-côlon. La masse tient encore en profondeur à la région pancréatique ; on isole la vésicule en la clivant de la tumeur ; on tente la même manœuvre pour le côlon transverse, mais on arrive rapidement sur de gros vaisseaux dont il semble prudent de s'éloigner. Sur le flanc gauche, la tumeur se clive mieux. A ce moment, tout le kyste est libéré, sauf sa partie profonde gastrique et colique qui représente à peine la surface d'une main. On enlève toute la portion libérée de la poche, on nettoie bien celle qui reste adhérente et on la marsupialise.

Une compresse st glissée sur le méso qui saignait, pour en faire l'hémostase par tamponnement. Fermeture de la paroi au-dessus et au-dessous de la zone de marsupialisation, grande comme une paume de main d'enfant.

Les suites opératoires immédiates furent simples. Mais le malade, rentré chez lui, mourut quelque temps après de cachexie cancéreuse.

Examen histologique (Dr Bouchut). En surface existe un épithélium malpighien du type cutané normal. Au-dessous sont disséminées des nappes de cellules assez volumineuses du type épithélial, groupées en amas irréguliers et dont les noyaux présentent de nombreux caractères atypiques.

Il s'agit d'un épithélioma très atypique à point de départ pancréatique et évoluant vers la peau encore intacte.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de MM. CADE et BERARD)

Pseudo-kyste du pancréas

G... C..., 58 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, le 12 décembre 1922.

La malade vient pour une grosseur de l'hypochondre gauche.

Pas de maladies antérieures ; bonne santé habituelle. Mariée à 28 ans, a eu trois grossesses ; la première, fille, actuellement bien portante. Les deux autres, enfants mort-nés.

Mari mort à 52 ans de tuberculose.

Il y a cinq mois, la malade a été prise à 3 heures de l'après-midi de vomissements qui ont duré jusqu'à 9 heures. Vomissements alimentaires, et à la fin bilieux.

Le lendemain, la malade ressentit quelques coliques. On lui mit de la glace sur le ventre ; elle resta très constipée, puis eut une débâcle diarrhéique. Ces alternatives de constipation et de diarrhée se sont reproduites à plusieurs reprises. Parfois, les matières étaient noires.

Il y a deux mois, la malade s'est aperçue d'une masse dans l'hypochondre gauche.

Il y a huit jours, à 3 heures de l'après-midi, la malade a été prise de vomissements qui ont duré trois heures environ : vomissements alimentaires. Elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : Malade un peu amaigrie.

Poumons : respiration normale.

Cœur : Pas de souffle. Bruits normaux.

Système nerveux : Réflexes normaux.

Urines : Quantité 1 l. 400. Ni sucre ni albumine.

A l'examen de l'abdomen, dès l'inspection, on note qu'il est un peu ballonné, surtout dans sa moitié gauche.

La palpation délimite immédiatement une masse volumineuse, de la grosseur d'une tête de fœtus, sus-ombilicale, occupant l'épigastre et une partie de l'hypochondre gauche, peu mobile, semblant rattachée au plan postérieur. Les contours de cette masse sont nets, arrondis. Sa consistance est rénitente, très tendue ; les battements de l'aorte la soulèvent ; il ne semble pas pourtant qu'elle soit expansible ; elle est trop médiane pour qu'on puisse chercher le contact lombaire. Elle disparaît en haut sous les fausses côtes, vers la ligne médiane qu'elle dépasse de deux travers de doigt ; elle est mate à la percussion ; son bord inférieur est très nettement arrondi, sans bosselure, ni bord tranchant.

Le reste de l'abdomen est sonore ; pas d'ascite ni de gros foie.

Examen du sang par étalement : Polycléaires 80 %, un seul éosinophile. On a l'impression d'une hyperleucocytose qui demanderait à être vérifiée par une numération de globules blancs.

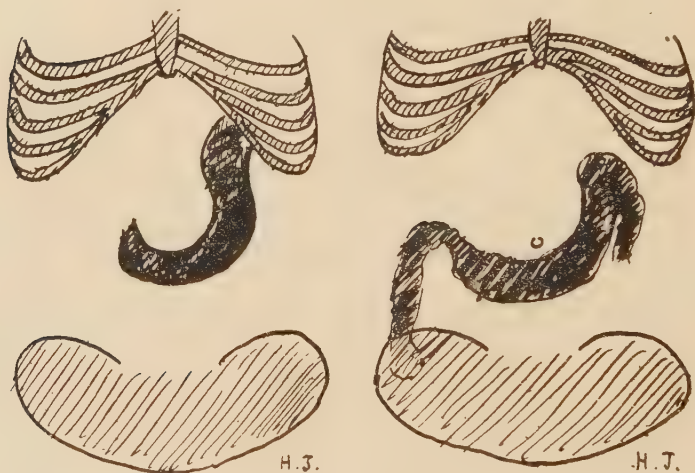
Radioscopie le 14 décembre 1922, après ingestion de bouillie barytée. L'image radioscopique est très nette et très intéressante. L'estomac dessine un croissant très franc enserrant dans sa concavité la masse arrondie perçue à la palpation, repoussé en dehors et en bas. La petite courbure affecte ainsi une forme nettement géométrique de demi-cercle régulier ; l'estomac semble d'ailleurs souple ; la grande courbure, facilement mobile, présente quelques contractions ; on voit passer quelques bouchées à travers le pylore. La masse arrondie qui déforme ainsi l'image gastrique ne se marque pas à la

radioscopie par une ombre nette; elle n'était pas visible avant l'ingestion de bouillie. L'estomac déborde l'ombilic d'un travers de doigt.

A six heures du soir, nouvelle radioscopie : toute la bouillie opaque est dans le gros intestin : cœcum, côlon ascendant et transverse. Le transverse forme une demi-boucle autour de la masse arrondie, comme ce matin l'estomac. Plus rien dans l'estomac.

Examen des selles le 16 décembre : Weber négatif

24 décembre : Hier, à la visite, on a été surpris de ne pas trouver aussi nettement que d'ordinaire la masse épigastrique. On a mis la difficulté de sa perception sur le compte de la réplétion gastrique, la malade venant de manger. Un nouvel



Examen radioscopique : Estomac 2^e examen : 6 heures après - Colon

examen pratiqué ce matin, la malade étant à jeun montre qu'il s'agit bien d'une diminution sinon d'une disparition de la masse. Il semble qu'en palpant aussi profondément que les premiers jours, on ne rencontre aucune grosseur comparable à celle précédemment observée ; à peine note-t-on tout à fait dans la profondeur un peu de résistance à la palpation

qui dans les examens précédents n'attirait même pas l'attention.

26 décembre : La malade étant à jeun ce matin, on perçoit nettement dans la moitié gauche de l'épigastre une masse du volume d'une boule de billard, très différente comme palpation de la grosse masse d'allure kystique des premiers jours ; elle est assez dure, moins arrondie comme contours, avec quelques irrégularités sur le bord inférieur. Il semble bien que lorsqu'on obtient un relâchement musculaire complet de la malade, il existe un certain degré de contact lombaire qu'il est difficile d'affirmer. La malade déclare avoir vu deux ou trois fois cette masse grossir et disparaître alternativement, et dit que la première fois elle se trouvait beaucoup plus en dehors et ne s'est rapprochée que peu à peu du creux épigastrique, où, à l'entrée, on la trouvait presque médiane. Une chose est indiscutable, ce sont les variations de volume depuis l'entrée de la malade.

27 décembre. — Radioscopie après ingestion de bouillie barytée ; même déformation que la première fois, peut-être moins accentuée.

Intervention le 30 décembre. — M. le Professeur Bérard : Anesthésie générale à l'éther. Décubitus horizontal avec coussin sous les hanches, faisant beaucoup saillir la masse.

Laparotomie sus-ombilicale médiane, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Dès l'ouverture du péritoine, on reconnaît qu'il s'agit d'un kyste rétro-péritonéal qui refoule en avant le petit épiploon plaqué sur lui. La ponction ramène un liquide séro-hématique ; le kyste contenait environ un demi-litre de liquide ; après son évacuation, on élargit l'ouverture et on constate que le fond de la poche est occupé par du tissu nécrobiotique sur une étendue de deux centimètres carrés. On en recueille une portion pour examen histologique et on résèque de même un petit fragment de la paroi ; on explore à ce moment la vésicule biliaire et on constate qu'elle renferme de petits calculs, ce qui est la règle. Comme la malade n'a jamais présenté ni coliques vésiculaires, ni ictère, on se borne, à marsupialiser la poche, sans toucher à la vésicule. La cavité est tamponnée à la gaze ; on place un

drain ; l'ouverture de la poche est suturée à la paroi pariétale. La paroi abdominale est reconstituée à trois plans.

Suites opératoires simples : la malade est en bonne voie de guérison.

Examen histologique (Dr Dunet). — Le premier fragment prélevé au niveau de la paroi proprement dite du kyste est constitué uniquement par du tissu conjonctif adulte organisé en lamelles denses. En certains points, on note une infiltration inflammatoire discrète. Il existe, surtout du côté de la cavité, des capillaires abondants et dilatés. *On ne trouve nulle part trace d'un épithélium de revêtement.*

Le deuxième fragment prélevé dans le fond du kyste, au niveau de la zone nécrosée, hémorragique, présente un aspect différent suivant les points de la coupe observés :

a) Il existe une large zone absolument amorphe sans trace d'éléments cellulaires, correspondant à des zones de nécrose, dans lesquelles il est impossible de colorer le moindre noyau et de mettre en évidence le moindre vaisseau. Nombreux amas de pigments ferriques. Il s'agit vraisemblablement de foyers hémorragiques anciens.

b) Il existe de petits foyers constitués uniquement par des cellules de type inflammatoire chronique variées, toutes mononuclées, lymphocytes de types divers, plasma Izellen et macrophages. En certains points, on note la présence de cellules multinucléaires gorgées de globules rouges. Pas trace d'organisation folliculaire.

Pas d'éléments néoplasiques épithéliaux. Nombreuses zones hémorragiques. Il existe en un point très limité de la coupe quelques canaux excréteurs et deux ou trois acinis d'aspect absolument normal, entourés d'une zone de sclérose.

Nouvel examen radioscopique pratiqué quelque temps après l'opération. — Les organes ont repris leur situation normale. Il n'y a à peu près plus de déformation de l'estomac.

24 février. — La malade, revue à la consultation, va bien.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr DESGOUTTES)

Pseudo-kyste du Pancréas

Madame R... entre à l'hôpital de l'Antiquaille, salle Sainte-Croix, le 29 mai 1922.

La malade, qui a 42 ans, vient pour des coliques hépatiques.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Grossesse en 1908, suites de couches longues et fébriles. Dysenterie à cette époque ; n'a jamais quitté la France.

Règles normales, non douloureuses ; jamais retardées.

Affection actuelle. — Première crise douloureuse en 1913, avec ictère, fièvre, vomissements (on a pratiqué cinq piqûres de morphine).

N'a pas eu de crise analogue jusqu'en 1921. Dans cet intervalle, n'a jamais souffert dans la région hépatique et n'a eu aucun symptôme gastro-intestinal.

Deuxième crise douloureuse suivie d'ictère et de fièvre en août 1921. Depuis novembre 1921, les coliques sont devenues subintrantes, venant par crises comprenant plusieurs accès plus ou moins typiques.

Les douleurs siègent dans l'hypochondre droit et irradient dans la région lombaire et l'épaule droite.

Depuis le mois de novembre, l'ictère persiste, mais avec des variations d'intensité en rapport avec les accès ; les matières sont presque toujours décolorées.

La température a été prise irrégulièrement. Souvent poussées thermiques à 39°. Jamais 40°.

Vomissements fréquents, au moment ou en dehors des accès. Vomissements bilieux ou muqueux, sans relation avec l'horaire des repas.

La malade, depuis cinq mois, ne peut supporter qu'une alimentation liquide. Amaigrissement de dix kilogs.

Examen. — Ictère léger des téguments et des muqueuses. Abdomen augmenté de volume.

La palpation révèle dans la région ombilicale une tumeur du volume d'une tête fœtale, mais à contours très flous, dont il est difficile de fixer les limites. Cette tumeur est assez mobile, légèrement douloureuse et donne à la percussion très légère un peu de submatité.

Pas de douleur très nette dans la région pancréatico-cho-lédocienne.

Toucher vaginal. — Utérus petit, un peu dévié vers la gauche. La tumeur abdominale paraît sans relation avec l'utérus et les annexes qui paraissent sains. Auscultation du cœur et des poumons négative. Pouls à 128. Température hier soir : 39°5 ; ce matin, 38°5. Urines : traces d'albumine.

Pas de sucre.

Na Cl : 8,10.

Urée : 20,20.

Intervention le 10 juin 1922 (MM. Desgouttes, Gaillard, Petouraud). — Anesthésie générale à l'éther. Incision longitudinale médiane sus et sous-ombilicale. On tombe directement sur une tumeur volumineuse qu'on ponctionne ; il s'écoule un liquide abondant (deux litres) de coloration chocolat. On se rend compte alors que le kyste est situé au-dessous de l'estomac et au-dessus du côlon transverse. Il adhère fortement au côlon, à l'épiploon et à la grande courbure. On dissèque et on résèque une portion de la poche de l'étendue de deux paumes de main. Le doigt introduit dans la cavité kystique montre que la cavité s'étend fort loin en arrière du côté du pancréas ; on sent nettement la naissance du tronc cœliaque. Il est impossible de pratiquer une exérèse plus étendue ; on marsupialise la poche en ayant soin de laisser une petite mèche au-dessus et au-dessous de la boutonnière, au contact du péritoine. Drain dans la poche.

Suites opératoires. — 12 juin. — Le soir de l'intervention, schock considérable, pouls incomptable. Sérum.

Aujourd'hui, état très satisfaisant. Pas de température. La malade a fait des gaz. Bon pouls.

15 juin. — Très bon état général. On enlève la mèche

inférieure. On retire un peu la mèche supérieure. Il s'écoule par le drain un peu de liquide sale avec débris sphacélés.

17 juin. — On enlève la mèche supérieure et deux fils inférieurs.

30 juin. — On a lavé régulièrement la poche au formol. Actuellement, il ne s'écoule presque plus rien par l'orifice de marsupialisation. L'état général est bon. L'ictère a disparu et il n'y a plus de température. t

La malade sort guérie le 5 août .

Examen histologique. — Parois formées d'un tissu fibro-conjonctif assez riche en vaisseaux et en cellules conjonctives. Pas d'épithélium de revêtement. Pas d'éléments pancréatiques.

Examen du liquide (M. le Professeur Hugounencq). — Le liquide est constitué en majeure partie et peut-être en totalité par du sang altéré.

On y décèle encore des hématies et des globules blancs mais la majeure partie a été laquée et l'hémoglobine libérée s'est transformée en hématine brune.

La régression des pigments elle-même est allée plus loin et on décèle dans le liquide des matières colorantes voisines de l'hématoïdine et donnant la réaction de Gmelin, ce qui indique que ce liquide est de formation assez ancienne.

Indépendamment des pigments sanguins plus ou moins modifiés, le liquide contient des matières albuminoïdes (65 grammes par litre), de l'urée, de la cholestérine ; bref, les principes constitutifs du sang.

OBSERVATION IV

(MM. CADE et JOURDANET (in *Province Médicale*, 1898)

Kyste néoplasique au pancréas

Madame X..., 68 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service du docteur Vallas, salle Saint-Paul, le 13 novembre 1897.

Pas d'antécédents.

Trois enfants en bonne santé.

Depuis longtemps, la malade avait remarqué une tumeur hypogastrique indolore ; depuis trois mois cette tumeur était devenue douloureuse.

L'interrogatoire ne permet pas de trouver l'étiologie.

A l'examen, tumeur de la grosseur d'une orange, siégeant au-dessus de l'ombilic, nettement à gauche de la ligne médiane. Elle n'est pas le siège de battements. Elle est douloureuse à la pression et spontanément, et entrave légèrement les mouvements du tronc. Pas de fluctuation. La percussion montre de la matité. Pendant la contraction des plans musculaires, la tumeur est immobilisée.

Etat général très atteint. La malade dit avoir beaucoup maigri et avoir perdu la moitié de son poids. Anorexie complète.

Urines : Albumine, mais pas de sucre.

On pouvait penser à une tumeur maligne, mais le fait de son immobilisation par les muscles abdominaux portait à penser qu'elle siégeait dans la paroi.

L'intervention est décidée.

18 novembre 1897 (Dr Vallas). — Incision abdominale médiane sus-ombilicale. La tumeur siége dans la cavité péritonéale, mais a contracté des adhérences avec le péritoine pariétal ; elle fait saillie au-dessus de la petite courbure de l'estomac. Incisée, elle donne issue à environ 300 grammes de liquide noirâtre, filant. Les parois de cette poche sont épaisses et le doigt introduit dans cette cavité descend profondément derrière l'estomac où il vient buter contre une masse dure noueuse, qui paraît être le pancréas dégénéré.

Adhérences nombreuses et solides avec tous les organes voisins. On se contente de drainer légèrement la poche.

Les jours suivants, la malade présente quelques vomissements alimentaires, bilieux, de violentes coliques, de la constipation, de l'insomnie. Température : 39°.

Vers le 22 novembre, la température baisse, les vomissements diminuent de fréquence, le sommeil reparaît. A aucun

moment on ne remarque de teinte ictérique, soit des muqueuses, soit des téguments.

L'examen histologique d'un fragment de la poche montre qu'il s'agit d'un carcinome.

Urines : Volume : 700 cc. pour 24 heures.

Couleur : Jaune rouge.

Aspect : Louche.

Densité : 1.023.

Réaction : Acide.

Urée : 23 gr. 472 (par litre).

Phosphates : 2 gr. 10.

Chlorures : 2 gr. 79.

Sucre : Néant.

Albumine : 0,60.

Donc, diminution nette du taux d'élimination de l'urée et des matières solides, en rapport avec la cachexie cancéreuse.

Vers les premiers jours de décembre, la faiblesse et la cachexie font des progrès constants. Le 16, les vomissements sont incessants, l'alimentation est à peu près nulle.

Température fébrile ; pouls : 120 à 130.

L'état grave persiste.

La malade meurt le 29 décembre.

Autopsie. — Elle n'a pu être pratiquée qu'incomplètement. L'incision opératoire agrandie, on a pu extraire la poche et la tumeur à laquelle elle adhère.

Cette tumeur volumineuse, dure, noueuse, occupe tout le pancréas. Une partie du kyste s'insère par une large base au voisinage du col de l'organe. Adhérences très solides avec les organes voisins (estomac, foie, duodénum). La tumeur incisée est dure et ne présente pas dans son intérieur d'autres cavités kystiques.

L'examen histologique de la tumeur et des fragments de la poche montre qu'ils présentent la même structure. Au sein d'un stroma fibreux très dense, on rencontre de rares alvéoles carcinomateux composés d'éléments polymorphes, à limites mal distinctes et dont certains sont en voie de dégéné-

rescence. Au sein de ces îlots épithéliaux, on remarque des trous de nombre et de forme variables. La plupart arrondis, entourés de cellules épithéliales et rappelant, par leur situation et leur forme, des lumières glandulaires. Beaucoup de ces trous contiennent des détritits cellulaires et une substance amorphe. Dans le stroma de la tumeur, on trouve de nombreux vaisseaux dont beaucoup sont fortement dilatés. Il existe même, en plusieurs points, des hémorragies interstitielles.

La poche du kyste ne nous offre aucun revêtement épithélial et cette cavité paraît due à l'accumulation de liquide et en particulier de sang au sein même du stroma du néoplasme.

Donc carcinome, qui, au cours de son évolution, a vu se développer dans son intérieur une volumineuse cavité kystique qui, par les rapports spéciaux et un peu anormaux qu'elle a contractés avec la paroi abdominale antérieure, a entraîné de sérieuses difficultés de diagnostic.

OBSERVATION V

(M. BÉRARD, Société des Sciences médicales de Lyon. Séance du 20 décembre 1899 (in *Lyon Médical*, 1900.)

Kyste du pancréas, traité par l'incision et la marsupialisation de la poche.

M. Bérard présente une malade opérée par lui, dans le service de M. Poncet, d'un kyste du pancréas. Il s'agit d'une femme de 52 ans, sans antécédents pathologiques. Son affection avait débuté par des phénomènes gastriques (pesanteurs, vomissements) pendant trois mois sans qu'elle ait constaté autre chose qu'une induration dans la région sus-ombilicale, puis une tumeur du volume d'un œuf, et enfin d'un poing, qui semblait subir des modifications de volume dues à sa mobilité.

Les troubles gastriques s'accroissant et la tumeur étant devenue volumineuse, elle entra à l'hôpital.

À l'entrée, on constatait une tumeur de la région sus-ombilicale, sans œdème des membres, ni teinte jaune paille des téguments.

Dans la station assise, la tumeur saillait dans la région ombilicale, à jour frisant, elle offrait des battements (mais sans expansion propre) ils étaient transmis par l'aorte.

À la palpation, le foie était abaissé et on sentait au-dessous une tumeur transversalement mobile et plus étendue à gauche qu'à droite. La malade étant en position moyenne, la tumeur étant moins mobile verticalement, elle suivait les mouvements du diaphragme, mais moins que le foie. À la percussion, la matité hépatique se confondait avec la tumeur. À gauche et en bas, on avait le son tympanique de l'estomac.

En insufflant l'estomac, on constata que celui-ci était en avant de la tumeur.

Rien dans les organes génito-urinaires.

Le diagnostic était à faire entre tumeur du foie, de la vésicule, du mésentère et du pancréas. Le siège de la tumeur et l'absence de notions permettant de penser aux autres organes fit soupçonner un kyste du pancréas.

M. Bérard a employé dans ce cas le procédé de choix préconisé par M. le Professeur Poncet, c'est-à-dire l'incision de la poche et la marsupialisation. L'extirpation amène, en effet, des hémorragies et des accidents qui la font rejeter.

La guérison de la malade s'est effectuée en deux mois.

M. Dor, qui a fait des coupes de la tumeur, a conclu à un kyste glandulaire du pancréas : c'est un adénome kystique.

En 1910, la malade est revue dans le service de M. le Professeur Bérard, par M. le Docteur Dunet ; elle est en très bonne santé.

Elle se rappelle que dans les deux ou trois années qui suivirent son opération, elle avait des digestions un peu lentes. Mais, depuis, aucune affection. Très bon état général.

CONCLUSIONS

1° Il faut distinguer au point de vue anatomo-pathologique différentes sortes de kystes du pancréas.

a) Le pseudo-kyste n'ayant pas d'épithélium de revêtement et dont les parois sont constituées par du tissu conjonctif.

b) Le vrai kyste glandulaire dont les parois possèdent un épithélium. Cette forme peut varier depuis l'adénome jusqu'à l'épithélioma, véritable tumeur maligne, formant la troisième variété de kyste, le kyste néoplasique.

2° Le diagnostic de kyste du pancréas est très délicat. On se basera sur les caractères de la tumeur, l'amaigrissement et la douleur.

Les signes varieront suivant la position du kyste :

a) en situation haute, entre le foie et l'estomac ;

b) en situation moyenne entre l'estomac et le côlon transverse ;

c) en situation basse, sous le côlon transverse.

La situation moyenne est la plus fréquemment observée.

Il faudra tenir compte également du lieu d'implantation du kyste, sur la tête, le corps ou la queue du pancréas. Le kyste de la tête sera le moins mobile.

La radioscopie devra être pratiquée et pourra donner des renseignements de haute valeur en permettant à la fois d'éliminer des tumeurs des autres organes, en particulier de l'estomac, et de déterminer la situation du kyste.

La glycosurie est un symptôme rare.

3° Le diagnostic devra être fait avec toutes les tumeurs abdominales. L'erreur la plus fréquente se rencontre dans le kyste à situation haute où il est pris pour un kyste hydatique du foie. On se basera sur l'urticaire, la réaction de Weinberg, l'éosinophilie, bien que ces éléments ne soient pas absolument constants dans le kyste hydatique.

4° Le diagnostic de pseudo-kyste et de kyste vrai ne peut être affirmé qu'après laparotomie et examen histologique. Le pseudo-kyste sera soupçonné dans certains cas grâce aux notions étiologiques (traumatisme, pancréatite). Il est particulièrement fréquent chez des sujets présentant ou ayant présenté des signes de lithiase biliaire.

Le kyste néoplasique se reconnaîtra à la cachexie plus rapide, plus profonde, à la douleur plus vive.

5° L'évolution des kystes du pancréas est longue. Le pronostic est bon, sauf pour le kyste néoplasique. Le pronostic est d'autant plus favorable que l'on opère plus rapidement.

6° Le seul traitement est l'opération chirurgicale. Le plus souvent, l'extirpation totale est impossible. On pratiquera la marsupialisation de la poche après laparotomie médiane. On pourra terminer, s'il existe des lésions de la vésicule et si l'état du malade le permet, par une cholécystectomie.

S'il persiste une fistule pancréatique, on essayera les traitements médicaux, entre autre le régime anti-diabétique de Wohlgemuth. Si ces traitements échouaient, on disséquerait le trajet fistuleux et on l'aboucherait soit à l'estomac, soit au duodénum.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

L. BÉRARD.

LE DOYEN,

Vu :

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Mars 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BEHAGUE A. et P. — Des kystes séreux du pancréas (*Bull. Médical*, 1914).
- BAZY. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1911.
— *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919.
- BÉRARD. — A propos des pseudo-kystes du pancréas (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919).
- BÉRARD et DUNET. — Pseudo-kyste pancréatique développé dans l'arrière cavité des épiploons consécutifs à une plaie en sêton de l'abdomen (*Lyon Médical*, 1920).
- BÆCKEL. — Congrès int. de Chir., 1900 (in *Revue de Chir.*, 1900).
- CADE et JOURDANET. — Kyste du pancréas (in *Province Médicale*, 1898).
- CHAUFFARD. — *Journal des Praticiens*, mars 1915.
- COLLET. — Patho interne. T. I.
- CRANWELL. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — Mal. du tube digestif, t. II.
- DESVAUX DE LYF. — Les fistules pancréatiques (*Th. de Paris*, 1911).
- DIEULAFOY. — Patho. int., t. II.
- DELBET. — Kystes hydatiques et pseudo-kystes du pancréas (*Journal des Praticiens*, 1921).
- DESPLAS et VILLARDOT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1922.
- DOYEN. — Congrès de Chirurg., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- GARRÉ. — Congrès de Chirur., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- GUELLIOT. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1911.

- HARTMANN. — Congrès de Chir., 1891 (in *Revue de Chir.*, 1891).
- LAGOUTTE. — Kyste du pancréas (*Lyon Médical*, 1910).
- LECÈNE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de Chir., t. XXVI.
- LEJARS. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- LE MONIET. — Kystè du pancréas. Rapport de M. Mauclaire. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1912).
- MARTIN (André). — Kyste du pancréas (*Progrès Médical*, 1912).
- MATHIEU. — Kystes et pseudo-kystes du pancréas (*Paris Médical*, 1912).
- MICHON. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- MORESTIN. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- NIMIER. — Chirurgie du pancréas (*Revue de Chirurgie*, 1893).
- OMBRÉDANNE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- PATEL. — Pancréatite hémorragique à forme subaiguë kystique. Incision. Guérison (*Lyon Médical*, 1921).
- PHILARDEAU. — Kystes et faux kystes du pancréas (*Gazette des Hôpitaux*, 1922).
- POTHERAT. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- QUÉNU. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- REBOUL. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- ROCHARD. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- SANTY. — Pseudo-kyste du pancréas consécutif à une pancréatite nécrotique (*Lyon Chirurgical*, 1921).
- SAVY. — Précis de pratique médicale, t. II.
- SCHWARTZ. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1911.
- SERGEANT. — Pathologie médicale, t. XII.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
- VIDAL. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- VILLAR. — Congrès de Chir., 1905 (in *Presse Médicale*, 1905).
- VILLARD. — Tumeur polykystique du pancréas (*Lyon Chirurgical*, 1911).

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
Introduction.....	9
Chapitre premier. — Historique	11
Chapitre II. — Etiologie	14
Chapitre III. — Pathogénie.....	17
Chapitre IV. — Anatomie Pathologique.....	22
Chapitre V. — Symptomatologie	27
Chapitre VI. — Diagnostic.....	32
Chapitre VII. — Evolution et Pronostic	38
Chapitre VIII.— Traitement	40
Observations	44
Conclusions	58
Bibliographie	61
